



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **Beziehungen, die Mut machen : Kreditierung in der Psychotherapie mit Älteren**

Boothe, B ; Hermann, M

**Abstract:** Im Zusammenwirken mit äußeren Anforderungen können die psychischen Herausforderungen des Alterns zu Lebenskrisen oder Erkrankungen, aber auch zu neuen persönlichen Entwicklungen führen. Wir stellen hier das psychoanalytische Kommunikations- und Beziehungsmodell der Kreditierung vor, mit dem in der Psychotherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte beleuchtet wird, wie diese herausfordernde Lebensaufgaben bewältigt haben, wofür sie sich und anderen rückblickend »Kredit« geben oder auch absprechen. Patienten werden dabei als Akteure mit Ressourcen und Entwicklungspotenzialen anerkannt, es gilt, an sie zu glauben und ihnen die Bewältigung gegenwärtiger Schwierigkeiten zuzutrauen und zuzumuten. Damit stellt Kreditierung einen wichtigen Bestandteil der Vertrauens- und Bündnisbildung dar. Anhand eines Praxisbeispiels wird der Nutzen für die Psychotherapie aufgezeigt. Abschließend diskutieren wir die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit als Freiheit zum entschiedenen Handeln in der Gegenwart.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-59883>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Boothe, B; Hermann, M (2011). Beziehungen, die Mut machen : Kreditierung in der Psychotherapie mit Älteren. *Psychotherapie im Alter*, (8/2):203-216.

## **Beziehungen, die Mut machen: Kreditierung in der Psychotherapie mit Älteren**

Brigitte Boothe und Marie-Luise Hermann (Zürich)

### **Zusammenfassung**

Im Zusammenwirken mit äußeren Anforderungen können die psychischen Herausforderungen des Alterns zu Lebenskrisen oder Erkrankungen, aber auch zu neuen persönlichen Entwicklungen führen. Wir stellen hier das psychoanalytische Kommunikations- und Beziehungsmodell der *Kreditierung* vor, mit dem in der Psychotherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte beleuchtet wird, wie diese herausfordernde Lebensaufgaben bewältigt haben, wofür sie sich und anderen rückblickend „Kredit“ geben oder auch absprechen. Patienten werden dabei als Akteure mit Ressourcen und Entwicklungspotenzialen anerkannt, es gilt, an sie zu glauben und ihnen die Bewältigung gegenwärtiger Schwierigkeiten zuzutrauen und zuzumuten. Damit stellt Kreditierung einen wichtigen Bestandteil der Vertrauens- und Bündnisbildung dar. Anhand eines Praxisbeispiels wird der Nutzen für die Psychotherapie aufgezeigt. Abschliessend diskutieren wir die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergänglichkeit als Freiheit zum entschiedenen Handeln in der Gegenwart.

**Stichworte:** Kreditierung, Psychotherapie mit Älteren, Vertrauensbildung

### **Abstract: Relationships that encourage: Giving credit in psychotherapy of the elderly**

Aging as a psychic challenge – in interaction with external demands – can lead to crisis or illness but also new personal development. In psychotherapy with people in the second half of life the psychoanalytic communication and relationship model of giving credit illuminates how they have coped with challenging life-tasks, and for what they give themselves or others credit or discredit in looking back. As a therapeutic attitude giving credit shows in acknowledging the patient as an actor with resources and developmental potential, believing in him and his abilities to cope with present difficulties. This marks an important part of building trust and alliance. Based on a practice example practical benefits for psychotherapy are displayed. Concluding we

discuss how to think about the transitoriness of life as freedom to decided action in the present.

**Key words:** Giving credit, psychotherapy of the elderly, trust building

## **Einleitung**

Die Nachrichten vom psychischen Leben von alternden und alten Frauen, die Helene Deutsch im Oktober 1924 in Würzburg anlässlich der »Ersten Deutschen Zusammenkunft für Psychoanalyse« aus einem reichen Schatz von Begegnungen mit Patientinnen zu berichten hatte, waren bedenklich (Deutsch 1925). Helene Deutsch sprach über das Klimakterium. Sie ließ die Hörer wissen, dass bereits um das dreißigste Jahr ein »Vorklimakterium« (93) einsetzt, denn »das noch konzeptionsfähige Weib fühlt bereits die drohende Entwertung des Genitales als Fortpflanzungsorgan« (93f) und bäumt sich noch auf gegen die Zeichen »des Abbaues« (94). Zwischen den vierziger und den fünfziger Jahren, der Zeit des eigentlichen Klimakteriums, liege der vergebliche Kampf um die Erhaltung der Sexualfunktionen. »Den Anstoß dazu gibt die fortschreitende Entwertung der Vagina in ihrer Bedeutung als Fortpflanzungsorgan sowie die Versagung von außen her durch die Erschwerung der Objektfindung, nach welchem ein gesteigerter libidinöser Hunger im narzisstischen Bedürfnis, begehrt und geliebt zu werden, besteht. Es ergibt sich die für das Weib so tragikomische Situation, dass je älter und hässlicher es wird, desto größer seine Sucht nach dem Geliebtwerden erscheint« (95).

Doch auch erfolgsverwöhnte Männer im ersten Jahrzehnt des einundzwanzigsten Jahrhunderts klagen. »Alter ist ein Massaker«, hielt der jetzt siebenundsiebzigjährige amerikanische Autor Philip Roth am 27.8.2006 in einem Interview mit Volker Hage im »Spiegel« fest. Da ist wohl die grollende depressive Resignation plausibel, die Haupt und Vollmer (2007) für das höhere Lebensalter anvisieren: »Insgesamt finden sich bei den über 70-jährigen Personen in der Bevölkerung in rund 23% aller Fälle psychische Erkrankungen. Etwa 40% dieser Erkrankungen zeigen ein behandlungsbedürftiges Ausmaß. Die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Depression und Demenz«.

Philip Roth befindet sich nicht im depressiven Stupor, und die älteren Frauen in westlichen Industrie- und Wissensgesellschaften heute – wir sprechen hier nicht vom immer wichtiger werdenden Thema des Altseins im Migrationskontext – sind vielfach

auf selbstbewusste Weise welt-, berufserfahren und profiliert. Das »Geliebtwerden« muss nicht zum Melodram der *komischen Alten* weiblichen und männlichen Geschlechts aus dem überlieferten Komödienarsenal werden. Andererseits verdient Helene Deutsch keineswegs bloß ein mildes Lächeln oder Achselzucken der Heutigen. Alt und hässlich soll man nicht sein: Die kosmetische Chirurgie und der medizingestützte Kampf gegen die Alterszeichen kommen dem »narzisstischen Bedürfnis, - als Person mit konservierter oder konstruierter Jugend - begehrt und geliebt zu werden« als erfolgreicher und expandierender Wirtschaftssektor entgegen. Schon hier wird deutlich, dass Altern psychische Herausforderungen mit sich bringt, die krisenhaft entgleisen, aber auch zu neuer persönlicher Entwicklung führen können. Das Alter gilt heute als Lebensabschnitt mit Entwicklungsperspektive und Gestaltungspotenzial, auch bei Vorliegen körperlicher und sozialer Einschränkungen. Die Auseinandersetzung mit Begrenzungen, Beschränkungen und Verlusten hat gute Erfolgschancen, wenn Ältere über ein adaptives, flexibles und lernfähiges mentales Regulierungssystem verfügen, das sie heiter und zuversichtlich sein lässt und das ihnen nach Wegfall sozialer Verpflichtungen und professioneller Einbindung die Chance der Freiheit und Freiwilligkeit zu erfahren gestattet.

### **Die therapeutische Beziehung: Therapeutische Kommunikation**

Gesprächsanalytische Studien zeigen, dass Kommunikation für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit älterer Menschen eine große Bedeutung hat. Trotzdem ist die Kommunikation älterer Menschen ein bisher vernachlässigtes Feld der wissenschaftlichen Forschung. Gründe für dieses Forschungsdefizit lassen sich in der immer noch negativen gesellschaftlichen Bewertung des Alters finden (Fiehler u. Thimm 2003). Geht man davon aus, dass Sprach- und Kommunikationsfähigkeit das ganze Leben hindurch eine zentrale Rolle sowohl im Alltag als auch im ärztlichen und therapeutischen Bereich spielen, so heißt dies, dass die sprachliche und kommunikative Kompetenz älterer Menschen ihr Erleben des höheren Lebensalters nachhaltig bestimmt (Ryan 2003).

#### *Therapeutische Kommunikation*

Die therapeutische Kommunikation:

- verlangt von Therapeut und Patient spezifische Kompetenzen (z.B. die Kompetenz, das Persönliche als bedeutsam zu erachten und dies anschaulich zu machen),
- verlangt deren Wirksamkeit zu akzeptieren. Es gilt, die therapeutische Kommunikation als kurativ zu würdigen und sich darüber zu verständigen.
- schafft Beziehung und reflektiert diese.

Der Therapeut schafft dabei ein Milieu der Kooperation. Er sorgt für die Verbindlichkeit des Gesprächs (Albrecht 2006). Er macht sich kenntlich als jemand, der mit seinem Angebot transparent und verständlich ist und der sensibel führt. Die Verständigung wird von ihm klar organisiert, so dass der Patient darin Raum – Spielraum – hat.

Die kommunikativen Aufgaben des Therapeuten sind:

- Zuhören: Sich auf das persönliche Bezugssystem des Patienten einstellen und im Verständigungsprozess aktiv sichern, dass man die Präferenzen und Relevanzen tatsächlich erfasst.
- Ernst-Nehmen: Der Patient ringt um das Sichtbar- und Hörbarwerden des Problematischen und schwer Sagbaren. Darin profitiert er von der Unterstützung eines professionellen Gegenübers, das den Anliegen des Patienten das angemessene Gewicht gibt und sein Bemühen um Selbstkonfrontation ernst nimmt.
- Zumuten: Es geht um Veränderung und um Überwindung eines malignen Status quo. Dazu braucht es Ermutigung. Der Therapeut paktiert mit den Stärken des Patienten und befördert seine Veränderungsmotivation.

## **Besonderheiten der Psychotherapie 50+**

### *Lebensumstände*

Die meisten Angehörigen dieser Generation stehen noch voll im Berufsleben oder müssen sich mit der Pensionierung auseinandersetzen. Die noch Arbeitenden fühlen sich nicht alt, gelten jedoch als »ältere Arbeitnehmer«, die bei Neuerungen häufiger unter Druck geraten und erleben, dass ihre Berufs- und Lebenserfahrung nicht viel zählt. Viele von ihnen sind sehr leistungsbezogen, haben sich über die Verbindung von Arbeit und Familie definiert und viele Belastungen gemeistert. Oft erleben sie

sich selbst zum ersten Mal als schwach und geraten dann in eine schwerwiegendere psychische Krise.

Mit der Veränderung sozialer Rollen nach dem Auszug der Kinder und bei der Planung der Lebensphase nach der Pensionierung können auch Partnerschaftskonflikte verstärkt aufbrechen. Hinzu kommen in diesem Lebensalter Anzeichen, dass der Körper nicht mehr alles verträgt, schneller ermüdet oder erkrankt. All dies kann als narzisstische Krise erlebt werden, die verarbeitet werden muss und neue Anpassungsprozesse erfordert. Viele in Bezug auf das höhere Alter bekannte Probleme bereiten sich in den 50er- und 60er-Jahren vor – hier können Weichen neu gestellt werden, eine Chance in der Psychotherapie.

Manche Angehörigen der »Babyboomer« haben bereits Therapieerfahrung. Viele wuchsen jedoch auch mit dem Lebensmotto der Eltern auf: »Ich muss und kann alles allein schaffen«, was sich als Bewältigungsstrategie oft nicht mehr als ausreichend erweist. Sich wiederholende Beziehungskonflikte blieben oft jahrzehntelang unbearbeitet.

#### *Häufige Diagnosen in der Psychotherapie 50+*

Patienten suchen eine stationäre Psychotherapie auf, wenn eigene Problem- und Konfliktlösungsstrategien versagt haben, wenn ihr Selbstwertgefühl erheblich geschwächt ist, wenn Ich-Funktionen brüchig werden oder unbewusste Ängste aktiviert wurden.

Äussere Lebensbelastungen, Krankheit, narzisstische Krisen, Verluste oder unverarbeitete biografische Konflikte oder Traumata können zu chronischer Überlastung führen, die nicht mehr kompensiert werden kann und in Erschöpfungszustände, Burnout oder Depression mündet. Begünstigt durch Persönlichkeitseigenschaften, wie hohe Leistungsansprüche, Bereitschaft zu Pflichterfüllung, biografisch parentifizierte Rollenübernahme, Altruismus, Aggressionshemmung u.ä., entwickeln sich neben affektiven Störungen auch häufig Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen.

#### *Anliegen der Patienten*

Patienten suchen Hilfe, Rat, Schutz und Empathie für das jahrzehntelang Ungesagte und Ungehörte, einen Übersetzer von Symptomen in Gefühle, einen Verbündeten, der ihre innere desolate Realität aushält und aufzeigt, wie sie sich der äusseren

Realität wieder nähern können. Sie brauchen einen Therapeuten, der ihnen wieder Zutrauen gibt und ihnen zumutet, sich mit den nächsten Entwicklungsschritten zu konfrontieren. Gerade, wenn bisher alles allein gemeistert wurde und die Betroffenen stark unter dem Diktat der Leistungsgesellschaft standen, ist das Nicht-mehr-Können mit viel Scham besetzt, wird als Versagen erlebt und kaschiert, bis die Fassade zusammenbricht.

Da Viele den Bezug zu ihren Gefühlen und ihrem Körper verloren, jahrelang Raubbau an ihren Ressourcen betrieben und Frühwarnzeichen überhört haben, muss die Verbindung von Symptomen zu den eigenen Gefühlen erst erarbeitet werden: Besonders Männer haben oft als Kinder gelernt, stark zu sein und nicht zu weinen, Frauen hingegen mussten ihre Bedürfnisse zurückstellen.

### **Kreditierung: Zutrauen und Zumuten**

#### *Theoretische Einbettung: Die therapeutische Beziehung*

Der Begründer der Bindungstheorie John Bowlby bezeichnete die Bindung als »*sichere Basis*« des Kindes für die Exploration. Analog formulierte er für die therapeutische Beziehung fünf Aufgaben: Der Therapeut soll dem Patienten eine sichere Basis dafür bieten zu erfahren, wie er in seinen gegenwärtigen - auch therapeutischen - Beziehungen, frühere Erfahrungen mit den Eltern »importiert«. Durch diese Erfahrung können die Bilder von sich und anderen neu reflektiert und geklärt werden, was heute als angemessen oder unangemessen anerkannt werden kann (Bowlby 1988).

Dafür braucht der Patient einen sicheren, empathischen und vertrauensvollen Begleiter im Therapeuten, der ihn unterstützt und ermutigt. »Aus Sicht der Bindungsforschung ist Vertrauensbildung der Dreh- und Angelpunkt einer Psychotherapie« (Grimmer 2006, 29). Als Grundlage unseres Beziehungs- und Kommunikationskonzepts der Kreditierung können in der therapeutischen Beziehung zwei verschiedene Haltungen beschrieben werden:

- *Der Therapeut als sichere Basis* stellt eine dyadische Beziehung her. Wie die Mutter mit dem Kind ist der Therapeut empathisch und bestätigend. Dieses enge Verständnis von Empathie umfasst ein einführendes Spiegeln. Zur »mütterlichen Funktion« gehört auch das Holding (Winnicott 1960) und Containing (Bion 1963). Mit solchen Haltungen werden in der Therapie *Vertrauen* und *Bindung* ermöglicht.

- Für die Weiterentwicklung des Patienten reicht die Einfühlung in dessen Erleben jedoch nicht aus, da Empathie auch bedeutet, sich in diejenigen Anteile einzufühlen, die dem Patienten noch verschlossen sind, weil er sie »projiziert, dissoziiert oder verdrängt« hat (Kernberg 1994, 310). Der Therapeut muss dem Patienten Zugang zu diesen fremden Anteilen vermitteln, ihm etwas Neues *zutrauen und zumuten*. Dies entspricht der triadischen Perspektive des Vaters, der eine dritte Position einnimmt oder etwas von außen an das Kind heranträgt und so als herausfordernder *Entwicklungsschrittmacher* wirkt und Zuversicht weckt.

Darüber hinaus berücksichtigen wir theoretische Aspekte der Übertragungs- und Arbeitsbeziehung sowie der Objektbeziehungstheorien, aber auch Befunde zur entwicklungsfördernden Eltern-Kind-Kommunikation wie die Selbst- und Fremdregulierung durch Affektabstimmung (Stern), die Affektspiegelung und Mentalisierung (Fonagy u. Target) und »der evozierte Gefährte« (Stern) (Grimmer 2006).

### *Das Modell Kreditierung*

Geläufig ist in der deutschen Sprache das Kreditgeben im Finanzwesen. Vor der Kreditvergabe wird die Kreditwürdigkeit einer Person überprüft. Im übertragenen Sinn sprechen wir davon, dass jemand »seinen Kredit verspielt« hat oder auch diskreditiert wird. Wir verwenden die Kreditierung in unserer therapeutischen Konzeption im umfassenderen Sinn der Bedeutungen im Englischen. To credit heißt jemandem etwas zutrauen, ihm Glauben schenken und jemanden anerkennen. Unser Beziehungs- und Kommunikationskonzept wurde nach dem Muster der Eltern-Kind-Beziehung entwickelt und bezeichnet eine »elterliche Haltung, die Lebensregungen des Kindes ... mit einer Entwicklungsaussicht« verknüpft (Boothe u. Heigl-Evers 1996, 133).

Dies bedeutet, dass die Eltern dem Kind eine Kompetenz und Entwicklungsperspektive zuschreiben, in die hinein es sich entfalten kann. Sie sprechen so mit ihm, als könne es auch schon sprechen und antizipieren die nächsten Entwicklungsschritte, wenn z.B. die ersten unsicheren Gehversuche des Kindes mit der Zusprache »Du kannst ja schon laufen!« anerkannt werden. Diese Vermittlung von Motivation, Zuversicht und Anerkennung wirkt entwicklungsfördernd.



Eine gegenteilige Wirkung entsteht durch eine Diskreditierung, bei der Entwicklungsaussichten abgesprochen und Fähigkeiten verneint werden.

### *Übertragung der Kreditierung auf die therapeutische Beziehung*

Kreditierung wird generell in der Kommunikation verwendet, wo immer eine Hoffnungsperspektive etabliert wird. Sie bildet die Grundlage des ermutigten Lernens, Ausprobierens und Durchhaltens trotz des Auftretens von Rückschlägen. Dadurch lässt sich das Konzept auch auf andere Zusammenhänge übertragen, wie es von Grimmer (2006) für die therapeutische Beziehung theoretisch detailliert begründet wurde. Anhand von Therapietranskripten formulierte er verschiedene Formen des Kreditierungshandelns.

### *Therapeutisches Kreditierungshandeln*

In der Praxis geht es zu Beginn einer Therapie um *das Aushandeln des therapeutischen »Kredits«*. Wie präsentiert sich der Patient, wie viel Entwicklungspotenzial sieht der Therapeut in ihm, wie viel werden beide in das gemeinsame Projekt Psychotherapie investieren? Hier handelt es sich, vergleichbar mit einem finanziellen Kredit, um das Zustandekommen eines gegenseitigen Vertrauensvorschlusses als Grundlage des Arbeitsbündnisses. Wenn Patienten mit eigenen Lösungsmöglichkeiten nicht mehr weiterkommen und keine Entwicklungsperspektive mehr sehen, suchen sie einen Therapeuten als einen unterstützenden und *kreditierenden Anderen*. Während der Therapie müssen Patienten *Mut und Vertrauen* in die herausfordernden und häufig unbekannten Aufgaben des Projekts Psychotherapie (vgl. Bowlby 1988) mit intensiver Selbstexploration investieren. Dies kann gelingen, wenn der Therapeut ihm die Aufgaben schrittweise zutraut und zumutet.

*Dabei geht es um die Stärkung des Akteur- statt des Opferstatus des Patienten.* Viele Patienten wurden reale Opfer von Ausgrenzung oder Gewalt, sie sind dadurch identifiziert mit der Opferrolle und geraten wiederholt in traumatisierende Situationen. Eine kreditierende Haltung unterstützt sie darin, sich selbst wieder als Akteur anzuerkennen und neue Erfahrungen der Selbstwirksamkeit zu machen. Dazu gehört im Therapieverlauf auch, die Verantwortung für den eigenen Anteil der Beziehungsgestaltung zu erkennen. Dies ist z.B. im Fall eines Mobbingopfers eine echte Zumutung, kann jedoch im taktvoll-kreditierenden Umgang alternative

Handlungsweisen eröffnen. Von Patienten berichtete Kreditierungs- oder Diskreditierungsformen durch andere (*Fremd(dis)kreditierungen*) oder durch sich selbst (*Selbst(dis)kreditierungen*) geben Aufschluss über vorhandene Bewältigungsformen und sich wiederholende Beziehungsmuster.

Kreditierung in der Psychotherapie:

- setzt eine *empathische Haltung* voraus,
- bedeutet die *Anerkennung* des Patienten als einer entwicklungsfähigen Person,
- vermittelt nicht nur *Vertrauen*, sondern auch das *Zutrauen* einer zukünftigen Entwicklung,
- ist mehr als ein einfaches *Lob* oder der Zuspruch: „Sie schaffen das“,
- erfordert auch das angemessene *Zumuten* eines herausfordernden Entwicklungsschrittes durch Mutmachen und
- umfasst somit die Begriffe Empathie, Anerkennung, Vertrauen oder Lob, geht jedoch über sie hinaus.

In der Kreditierung sehen wir die spezifische Anerkennung des Patienten als eine entwicklungsfähige und kompetente Person im Hinblick auf ein bestimmtes Therapieziel.

*4 Schritte des Kreditierungshandelns:*

1. *Projekt*: Der Patient P bietet dem Therapeuten T ein »Projekt« an, z.B. einen Entwicklungsschritt, ein Therapieziel.
2. *Ressourcen*: P muss T dafür Ressourcen vorweisen: Das habe ich zu bieten, das ist mein Startkapital, z.B. Fähigkeiten, Motivation.
3. *Investition*: T beurteilt die Ressourcenqualität, testet das Potenzial (die Zumutung) und spricht P für sein Projekt eine Investition zu, z.B. emotionale Unterstützung, Konfrontation.
4. *Zusprache*: T schreibt P etwas mit Zukunftsperspektive und Anspruch auf Einlösung zu, z.B. Fähigkeiten, Kompetenz, Anerkennung von Mut. Dies ist die eigentliche Kreditierungshandlung.

Zum Projekt (1.) gehört ein gewisses Risiko oder eine Herausforderung, der Ausgang bzw. die Bewältigung ist noch ungewiss. Als Therapeuten gehen wir diese

Projektschritte meist innerlich durch und sprechen nicht aus, was wir dem Patienten zuschreiben (4.) und begründen es auch nicht. Explizit beinhaltet der Prozess der Kreditierung aber, die Ressourcen des Patienten wertzuschätzen (2.), in sie zu investieren (3.) und ihm die Entwicklungsperspektive zuzusprechen (4.).

### *Praxismodell und Fallbeispiel*

Die systematische wissenschaftliche Untersuchung von Kreditierungsformen entlang dieser vier Schritte wurde zunächst anhand qualitativer Inhaltsanalysen von Lebensrückblicksinterviews alter Menschen entwickelt (Hermann 2009) und nachfolgend auch auf Therapietranskripte angewendet. Alte Menschen, die zum Thema »Glück und Unglück« auf ihr Leben zurückblicken, zeigen sehr differenzierte und individuelle Formen, wem sie wofür in ihrem Leben rückblickend Kredit geben und ob sie Glück oder Fähigkeiten eher sich selbst oder anderen zuschreiben (Kreditierung) bzw. abschreiben (Diskreditierung). Aus der Darstellung der individuellen Bewältigungsmuster, die nachträglich wissenschaftlich untersucht wurden, leiten wir die praktische Vorgehensweise in der Psychotherapie ab.

*Ein Beispiel aus der klinischen Praxis soll Kreditierungsmuster anhand eines kleinen Ausschnitts zum Thema »Vertrauen in eigene Fähigkeiten« verdeutlichen.*

*Zur Gegenwart: Eine Patientin, Anfang 50, mit einer schweren Panikstörung hat unter zunehmender Arbeitsbelastung und unter einer extrem kontrollierenden und schikanierenden Chefin die starke Überzeugung entwickelt: »Ich bin zu dumm«. An verschiedenen konkreten Erlebnissen zeigt sich das Muster der Selbstdiskreditierung, indem sie sich nichts mehr zutraut und vor neuen Aufgaben Panik hat.*

*Zur Vergangenheit: Im Lauf der therapeutischen Arbeit erinnert sie sich an häufige Reaktionen ihrer Mutter auf schlechte Mathematiknoten: »Warum habe ich so dumme Kinder?« Diese Fremddiskreditierung durch die Mutter wurde von der Patientin verinnerlicht, sie hat sich damit identifiziert und diskreditiert sich entsprechend selbst. Die Mutterübertragung auf die Chefin wird bearbeitbar.*

*Zur Psychotherapie/Zukunft: Damit die Patientin sich von dieser Identifikation lösen kann, benötigt sie einen kreditierenden und steuernden Anderen. Die Frage nach ihren Stärken bringt neben der mathematischen Schwäche sprachliche und kommunikative Stärken zum Vorschein, die die Therapeutin anerkennend hervorhebt. Durch gute Erfahrungen in verschiedenen Therapieformen der Klinik*

*weicht allmählich ihre Angst vor unbekannten Aufgaben. Dadurch wird eine neue Überzeugung in ihr stärker: »Ich will mir nie mehr sagen, ich bin zu dumm für etwas, sondern ich sage: Ich kenne meine Stärken und kann bei Schwächen dazulernen«. Damit hat sie den Abbau negativer Identifikationen und den Aufbau einer Selbstkreditierung im Therapieverlauf treffend beschrieben.*

Die wertschätzende Kreditierung durch die Therapeutin konnte von der Patientin als neue Beziehungserfahrung verinnerlicht werden. Dass dies etwas anderes ist als ein schulterklopfendes „Sie schaffen das schon«, erkannte die Patientin selbst, als sie sagte: »Ich merke, dass Sie *wirklich* an mich glauben.« Das machte ihr Mut für Neues.

Gemeinsam mit der Patientin die Aufmerksamkeit auf innere Stimmen zu richten, macht mögliche internalisierte abwertende, aber auch unterstützende Sätze oder Fantasien eines guten Objekts hörbar. Gerade in Krisen, wo Anerkennung und Wertschätzung von außen oft ganz wegfallen, kann die Therapeutin modellhaft der Patientin wieder etwas zutrauen, wofür sie sich später selbst wertschätzen könnte. Die echte Überzeugung muss jedoch spürbar werden, um das Selbstvertrauen zu fördern. Die Patientin erlebte hier eine andere Haltung in der Beziehung als die verinnerlichte, eine Haltung, die Mut macht. Tiefere Veränderungsprozesse sind jedoch nur durch die Einbettung in die Analyse und das Durcharbeiten von Abwehr und Übertragung möglich.

Der Aspekt der *Zumutung* kann in jeder – dem Entwicklungsstadium angepassten – konfrontierenden Intervention oder Deutung liegen. Das Zugehen auf Unbekanntes oder das Erkennen von Unbequemem und noch Bewusstseinsfernem kann dazu führen, dass die Schutzfunktion der Abwehr in Frage gestellt wird. Nicht jeder Patient verfügt jedoch über die selbstreflexiven und selbstexplorativen Fähigkeiten wie im obigen Beispiel.

Bei struktureller Ich-Schwäche kann ein gutes Objekt, das der kreditierende Therapeut als Modell anbietet, meist nur sehr schwer genutzt werden. Hier besteht die Aufgabe, die therapeutische Haltung stärker interaktionell als reflektierend einzubringen. Das notwendige Zutrauen kann der Therapeut auch im Dasein und Dableiben ausstrahlen oder indem er aktuell zugängliche Ressourcen des Patienten mit diesem zusammen herausarbeitet. Im Zustand schwerer Depressivität sind jedoch gerade diese Ressourcen verschlossen. Hier kann die kreditierende

Entwicklungsperspektive darin bestehen, „das Licht zu tragen«, wie es eine Patientin nannte, und die Gefühlsstarre oder Trauer gemeinsam auszuhalten.

## Diskussion

Gerade im Hinblick auf komplexe Störungen, schwierige Übergänge, gehäufte Verlusterfahrungen oder fehlende persönliche Perspektiven für das Alter müssen wir uns auch fragen: Wie viel Potenzial können wir älteren Patienten zutrauen, ohne sie zu überfordern oder das Potenzial des Alters zu idealisieren? Wie viel Konfrontation mit Eigenverantwortung können wir ihnen zumuten, und wie viel Respekt vor unveränderlichen Persönlichkeitsstrukturen müssen wir aufbringen und akzeptieren? *Wie es dem Manne geziemt, in kräftiger Lebensmitte zuweilen an den Tod zu denken*, lässt Gottfried Keller einen der vitalen Schweizer Altrevolutionäre in der Zürcher Novelle „*Das Fähnlein der sieben Aufrechten*« sagen: *Wie es dem Manne geziemt, in kräftiger Lebensmitte zuweilen an den Tod zu denken, so mag er auch in beschaulicher Stunde das sichere Ende seines Vaterlandes ins Auge fassen* (Keller 1861, 825). Das Innwerden eigener Endlichkeit mitten im Leben empfahl sich lange vor Keller im christlichen Memento Mori als Relativierung von Macht- und Wirkungseifer zugunsten des Seelenheils oder – in säkularisierten Zeiten – heiterer Psychoedukation. Überraschend ist, wie Frymann, der Altrevolutionär Gottfried Kellers im „*Fähnlein der sieben Aufrechten*« sein Vergänglichkeitsmemento weiterführt: *...so mag er auch in beschaulicher Stunde das sichere Ende seines Vaterlandes ins Auge fassen, damit er die Gegenwart desselben umso inbrünstiger liebe; denn alles ist vergänglich...auf dieser Erde... ...ein Volk, welches weiß, dass es einst nicht mehr sein wird, nützt seine Tage umso lebendiger...; denn es wird sich keine Ruhe gönnen, bis es die Fähigkeiten, die in ihm liegen, ans Licht und zur Geltung gebracht hat...* (825). Da kommt keine kontemplative Todesergebenheit, sondern ein mächtiger Daseinswille zum Ausdruck, der umso mehr beflügelt, als er sich der Gewissheit des Endes verdankt. Und, überraschend für den scheinbar selbstverständlichen Individualismus der Vergänglichkeitskontemplation, zeigt sich hier ein Selbstverständnis als homo politicus, engagiert für die Sache der Nation, besonders eindrucksvoll. Das kräftige Leben mitten in der Endlichkeit kommt nicht etwa zustande, weil dieser Engagierte sich über die eigene Vergänglichkeit hinwegtröstet durch die Wunschgewissheit, das Vaterland aber werde ewig leben;

vielmehr ist dieses todverfallen – und umso lebendiger, je wirksamer die Lebenden sich zur Geltung bringen.

Die Bindung der individuellen Vergänglichkeit an gesteigerte Tätigkeit erinnert an Jacques Lacan (dazu Langnitz 2004), der im Gefolge Heideggers die Idee von der antizipierten Zukunft als der eigentlichen Zeitform des Unbewussten formuliert. In der analytischen Praxis muss der Analysand die Übertragung durchleben und sie überwinden als Befreiung zur Authentizität. Das ist dann die *talking cure* im besten Sinn: Sprechen, das eine Basis freier Entscheidungen herstellt. Die psychoanalytische *talking cure* im Sinne Lacans bedeutet Befreiung zur eigenen Zukunft im Spiegel nachträglich durchlebter Vergangenheit. Es ist Freiheit des entschiedenen Handelns in der Gewissheit der eigenen Vergänglichkeit. Gerade die Todesgewissheit schafft nach Lacan die Möglichkeit, das eigene Gewordensein anzunehmen und mitten im Ungewissen handlungsmächtig zu werden. Der Mann in kräftiger Lebensmitte, der bisweilen an den Tod denkt, ist also bei Lacan kein Leidender, sondern ein couragiert Handelnder. Er entwickelt Kompetenzen, insbesondere in der intergenerationellen Verständigung, die für die expandierende Praxis der beratenden und therapeutischen Altersarbeit von großer Bedeutung sind. Denn diese ist überwiegend ein intergenerationelles Beziehungsangebot der Jüngeren an die Älteren.

Dass ältere und alte Menschen Kontakt und Beziehung wollen, ist ein Vorteil für die Psychotherapie. Die älteren Ratsuchenden und Patienten sind Leute, die das Jetzt der Lebensherausforderungen um das Wesentliche des Damals, der Geschichte, ergänzen. Dass wir Aussicht haben, den Kontakt mit alten Menschen über viele Jahre zu pflegen, wird zu etwas Neuem führen, zur Überwindung der Leistungsgesellschaft in eine Beziehungsgesellschaft. Denn es ist eine eigene Kultur der guten und achtungsvollen, der lust- und liebevollen Beziehungen, die hier modellhaft gedeihen kann. Es geht nicht – in der Sprache von Effizienz und Leistung – darum, Lasten zu verteilen und Bürden zu minimieren, sondern Fähigkeiten verantwortlichen Handelns, moralischer Intelligenz und kultivierter Beziehungspraxis zu fördern.

## Literatur

Albrecht H (2006) Die Heilkraft des Vertrauens. Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu. Die Zeit 32: 25-26. Bion W R (1963) Elements of psychoanalysis. London (Heinemann).

- Boothe B, Heigl-Evers A (1996) Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung. München (Reinhardt).
- Bowlby J (1988) Attachment, communication, and the therapeutic process. In: Ders. A secure base. Clinical applications of attachment theory. London (Routledge) 137-157.
- Deutsch H (1925) Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktion. Wien (Internationaler Psychoanalytischer Verlag).
- Fiehler R, Thimm C (2003) Das Alter als Gegenstand linguistischer Forschung. Eine Einführung in die Thematik. In: Fiehler R, Thimm C (Hg) Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell (Verlag für Gesprächsforschung) 7-16.
- Grimmer B (2006) Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung. Stuttgart (Kohlhammer).
- Hage V (2006) Interview mit Philip Roth. Wochenmagazin Der Spiegel, 27.8.2006.
- Haupt M, Vollmar HC (2007) Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Berlin (Springer).
- Hermann M-L (2009) Was im Leben zählt. Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview. Bern (Lang).
- Keller G (1861) Das Fähnlein der sieben Aufrechten. Sechste der sieben Zürcher Novellen. In: Heselhaus C. (Hg) (1958) Gottfried Keller- Sämtliche Werke und ausgewählte Briefe. Zweiter Band. München (Hanser) 810-870.
- Kernberg OF (1994) Übereinstimmungen und Unterschiede in der zeitgenössischen psychoanalytischen Technik. Forum der Psychoanalyse 10: 296-314
- [Langlitz N \(2004\) Lacans Praxis der variablen Sitzungsdauer und seine Theorie der Zeitlichkeit.](#) Digitale Dissertation an der FU Berlin. [Zugriff 27.11.10]
- Ryan EB, Kwong See ST (2003) Sprache, Kommunikation und Altern. In: Fiehler R, Thimm C (Hg) Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell (Verlag für Gesprächsforschung) 57-71.
- Winnicott D W (1960) The theory of parent-infant relationship. The maturational processes and the facilitating environment. London (Hogarth).

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Marie-Luise Hermann

Universität Zürich

Binzmühlestrasse 14/16

CH-8050 Zürich

E-Mail: ml.hermann@uzh.ch